

Intern kontroll

– en del i kvalitetsarbetet.

2019

INNEHÅLL

- ▶ Nämndens anvisningar för det interna kontrollarbetet
- ▶ Plan för intern kontroll
- ▶ Riskanalys
- ▶ Uppföljning

Ordning & reda

Rätt saker på rätt sätt

Skapa förtroende

Undvik fel

Effektivitet



INTERN KONTROLL

Hälsa, vård & omsorg



Innehållsförteckning

Inledning	3
Ansvar	3
Inbyggda kontroller	3
Åtgärder	4
Social dokumentation	4
Larm och insatser	4
Genomförandeplaner SOL	5
HSL-dokumentation	5
Avvikelsehantering	5
Bristande posthantering och diarieföring (inkl sms, e-post)	6
Bristande posthantering och diarieföring (inklusive sms, e-post)	6
Begäran om utlämnande av allmänna handlingar	7
Basal hygien	7
HSL-dokumentation	8
Bristande arkivhantering	8
Bristande arkivhantering	8
Bristande arkivhantering	9
Åtterrapporering av delegationsbeslut till nämnden	9
Privata medel	9
Hantering av sekretessmaterial/handlingar	10
Gåvor, mutor och jäv - korruption och bedrägligt beteende	10
Kontroll av avtal	11
Hantering av uppgifter för personer med skyddad identitet	11
Hantering av personuppgifter enligt dataskyddsförordningen	12
Hantering av in- och utloggning vid dator	12
Bristande dokumentation vid direktupphandling	12
Granskningar	14
Nämndens granskningar	14
Basal hygien	14
Basal hygien	14
Genomförandeplan Sol	15
Uteblivna uppföljningar av ordinerade hälso- och sjukvårdsåtgärder	16
Uteblivna uppföljningar av ordinerade hälso- och sjukvårdsåtgärder	16
Referenstagning vid rekrytering	17
Kommungemensamma granskningar	17
Löneskuld	18
Bristande serviceskyldighet	18
Bristande avtalshantering	19

Inledning

Intern kontroll innebär, enligt Malmö stads reglemente för intern kontroll, att kommunen har en ändamålsenlig och effektiv verksamhet, vilket bland annat betyder styrning och kontroll över ekonomi, prestationer och kvalitet. Detta ger förutsättningar för en god service samt för att säkra förtroendet för verksamheten hos Malmöbor och andra intressenter.

Varje avdelning samt förvaltningens ledningsgrupp har genomfört riskanalyser utifrån det ansvar och den verksamhet som de har. I enlighet med nämndens anvisningar för intern kontroll biläggs riskanalysen som information till nämnden. Riskanalysen redovisar risker som avdelningarna i förvaltningen har identifierat och värderat. Det framgår också vilka risker som kan accepteras, vilka risker för vilka det redan finns åtgärder som verkar riskreducerande, samt vilka risker som bör granskas eller åtgärdas.

Denna plan för internkontroll-arbetet inom Hälsa-, vård- och omsorgsnämnden, beskriver åtgärder och granskningar som bedömts vara ändamålsenliga i förhållande till genomförd riskanalys. Vissa åtgärder och granskningar återkommer flera gånger i planen. Det beror på att avdelningarna bedömt att de behöver göra sina egna specifika insatser utifrån ansvar och övrig planering.

Det interna kontrollarbetet är en av delarna i det fortgående kvalitets- och utvecklingsarbetet inom nämndens ansvarsområden.

Ansvar

Nämnden har det yttersta ansvaret för att den interna kontrollen är tillräcklig inom dess ansvarsområden och ska se till att det finns en organisering och ett systematiskt arbetssätt som säkerställer en god intern kontroll.

Nämnden ska årligen besluta om en internkontrollplan som beskriver åtgärder och granskningar utifrån dokumenterade riskanalyser. En årlig uppföljning av nämndens arbete med intern kontroll ska rapporteras till kommunstyrelsen.

Nämnden ska följa kommungemensamma anvisningar från kommunstyrelsen och dess förvaltning. Förvaltningen arbetar i övrigt utifrån de anvisningar för intern kontroll som beslutats av nämnden i januari 2019.

Inbyggda kontroller

Utöver de åtgärder och granskningar som ligger inom ramen för det interna kontrollarbetet, sker också ett kontinuerligt och omfattande arbete med att säkra och utveckla verksamheten, även kallat inbyggda kontroller. Det sker bland annat genom kontinuerliga riskanalyser och genom utvecklade rutiner, som har sin grund i identifierade behov och olika lagrum och föreskrifter. Exempel på sådana andra delar i kvalitets- och utvecklingsarbetet är:

- Systematiskt kvalitetsarbete utifrån SoL och HSL:
- avvikelsehanteringen utifrån brister i verksamheten vilket innebär att avvikelser rapporteras, utreds och åtgärdas
- Lex Sarah och Lex Maria - utredningar
- Egenkontroller
- Synpunkts- och klagomålshanteringen

Dessutom sker arbete utifrån

- RSA (Risk- och SårbarhetsArbete) som syftar till att säkra att verksamheten kan bedrivas kontinuerligt även under kriser
- SBA - det Systematiska BrandskyddsArbetet
- SAM - det Systematiska ArbetsMiljöarbetet
- Måluppföljning genom systemet för målstyrning av KF-mål
- Brukarundersökningar, bland annat den årliga som genomförs av Socialstyrelsen
- Regelbundna uppföljningar av ekonomin och följsamheten till budget på olika nivåer inom förvaltningen.

Åtgärder

Här återges de 23 åtgärder som utifrån riskanalysen har bedömts behöva genomföras under 2019. Som framgår nedan finns ibland flera åtgärder för samma risk. Det är i de fall respektive avdelning har en egen planering antingen vad gäller innehållet i åtgärden eller tidpunkt för genomförande och rapportering.

Social dokumentation

Beskrivning av risk

Risk för bristande social dokumentation pga bristande kunskap eller att rutiner inte följs, vilket kan leda till att viktig information saknas.

Enhet

Ordinärt boende

Riskansvarig

Avdelningschef

Åtgärd	Vad ska göras:	Återrapportering till nämnd/styrelse (tidpunkt):
Dokumentationshandledare/ombud i samtliga hemtjänstsektioner samt se över/revidera granskningsmanualer för den sociala dokumentationen.	Utse dokumentationshandledare/ombud i samtliga hemtjänstsektioner samt se över och vid behov revidera granskningsmanualer och mallar som använts i samband med granskning av den sociala dokumentationen.	september 2019

Larm och insatser

Beskrivning av risk

Risk för att larm från enskilda i ordinärt boende inte åtföljs av insatser eller att insatserna inte sker inom rimlig eller utsatt tid vilket kan leda till konsekvenser för brukaren.

Enhet

Ordinärt boende

Riskansvarig

Avdelningschef

Åtgärd	Vad ska göras:	Återrapportering till nämnd/styrelse (tidpunkt):
Kartläggning av ansvaret vid bryttider och överlappning vid larm och insatser	Kartlägga de modeller för ansvars- och informationsöverlämning som finns inom ordinärt boende vid existerande bryttider; till exempel vid överlappning mellan dag och kväll, kväll och natt. Syftet är att undersöka möjligheterna till att skapa gemensamma rutiner för att säkra och tydliggöra samarbete och ansvar vid bryttider/överlappning.	september 2019

Genomförandeplaner SOL

Beskrivning av risk

Risk för att genomförandeplan inte upprättas för alla brukare enligt rutin/att det inte finns mätbara mål i planen/att dokumentationen är otillräcklig pga. bristande kunskap eller att rutiner inte följs, vilket kan leda till sämre måluppfyllelse och att insatserna inte går att utvärdera/enskilda får inte hjälp utifrån behov eller önskemål.

Enhet

Ordinärt boende

Riskansvarig

Avdelningschef

Åtgärd	Vad ska göras:	Återrapportering till nämnd/styrelse (tidpunkt):
Regelbundna träffar för dokumentationshandledare/ombud avseende genomförandeplaner	Införa ett gemensamt arbetssätt där dokumentationshandledare/ombud har regelbundna träffar med socialt ansvariga samordnare.	september 2019

HSL-dokumentation

Beskrivning av risk

Risk för brister i HSL-dokumentation pga bristande kunskap kring hur dokumentation görs, vilket kan leda till att patientsäkerheten påverkas.

Enhet

Särskilt boende

Riskansvarig

Avdelningschef

Åtgärd	Vad ska göras:	Återrapportering till nämnd/styrelse (tidpunkt):
Kollegial granskning avseende HSL-dokumentation	Utifrån ett av flera åtgärdsförslag efter journalgranskning, vilken genomfördes 2018, ska samtliga sektionschefer inom enhet HSL redovisa antal legitimerad personal som har medverkat vid kollegiala granskningar under perioden november 2018 tom juni 2019.	September 2019

Avvikelsehantering

Beskrivning av risk

Risk för att avvikelser inte rapporteras på grund av till exempel prioritering vilket kan leda till att den enskilde drabbas negativt.

Enhet

Särskilt boende

Riskansvarig

Avdelningschef

Åtgärd	Vad ska göras:	Återrapportering till nämnd/styrelse (tidpunkt):
Rapporteringskyldighet avseende avvikelshantering	Kompetensen kring rapporteringskyldigheten ska öka. Socialt ansvariga samordnare ska upprätta ett informationsmaterial för avvikelshantering. Detta material ska samtliga sektionschefer informera om på APT senast juni månad.	September 2019

Bristande posthantering och diarieföring (inkl sms, e-post)

Beskrivning av risk

Risk för bristande hantering av inkommande handlingar i form av såväl fysisk post som e-post/sms pga ofullständiga rutiner eller brister av följsamhet till rutiner, vilket kan leda till att nämnden inte får kännedom om nya ärenden, att ärenden inte blir hanterade och att rättssäkerheten påverkas.

Enhet

Särskilt boende

Riskansvarig

Avdelningschef

Åtgärd	Vad ska göras:	Återrapportering till nämnd/styrelse (tidpunkt):
Diariregistrering	Kompetensen kring hantering och diarieföring av post, sms samt e-post ska öka. Samtliga chefer ska informera om de rutiner som finns på vår förvaltning/Komin på APT/ledningsmöte senast juni månad.	januari 2020

Bristande posthantering och diarieföring (inklusive sms, e-post)

Beskrivning av risk

Risk för bristande hantering av inkommande handlingar i form av såväl fysisk post som e-post/sms pga ofullständiga rutiner eller brister av följsamhet till rutiner, vilket kan leda till att nämnden inte får kännedom om nya ärenden, att ärenden inte blir hanterade och att rättssäkerheten påverkas.

Enhet

Hälsa och förebyggande

Riskansvarig

Avdelningschef

Åtgärd	Vad ska göras:	Återrapportering till nämnd/styrelse (tidpunkt):
Utbildning/informationstillfälle för chefer och administrativ personal	HVOF huvudregistrator kommer att informera och diskutera posthantering (e-post och sms)	maj 2019

Åtgärd	Vad ska göras:	Återrapportering till nämnd/styrelse (tidpunkt):
avseende posthantering och diarieföring	och diarieföring i Platina under ett inbokat frukostmöte där administrativ personal och alla chefer inom avdelningen kommer att närvara	

Begäran om utlämnande av allmänna handlingar

Beskrivning av risk

Riska för att allmänna handlingar inte lämnas ut pga. bristande kunskap och följsamhet till lagstiftning och rutiner, vilket kan leda till att allmänheten inte får den service och insyn som den har rätt till.

Enhet

Särskilt boende

Riskansvarig

Avdelningschef

Åtgärd	Vad ska göras:	Återrapportering till nämnd/styrelse (tidpunkt):
Allmänna handlingar	Kompetensen kring utlämnande av allmänna handlingar ska öka. Samtliga chefer ska informera om den rutin som finns på vår förvaltning/Komin på APT/ledningsmöte senast juni månad.	September 2019

Basal hygien

Beskrivning av risk

Risk för smitta pga. att rutiner inte följs, vilket kan leda till stor påverkan för enskildas säkerhet och arbetsmiljön.

Enhet

Särskilt boende

Riskansvarig

Avdelningschef

Åtgärd	Vad ska göras:	Återrapportering till nämnd/styrelse (tidpunkt):
Hygienrond avseende basal hygien	Hygienronder ska införas på särskilda boenden för att uppnå en god hygienisk standard och identifiera för bättringsmöjligheter. En tidplan för detta ska upprättas avseende kontinuerliga hygienronder på boendena, i intervallet om fem år.	januari 2020

HSL-dokumentation

Beskrivning av risk

Risk för brister i HSL-dokumentation pga. bristande kunskap kring hur dokumentation görs, vilket kan leda till att patientsäkerheten påverkas.

Enhet

Särskilt boende

Riskansvarig

Avdelningschef

Åtgärd	Vad ska göras:	Återrapportering till nämnd/styrelse (tidpunkt):
Tematräffar - Skyddsåtgärdsprocess avseende HSL-dokumentation	Utifrån ett av flera åtgärdsförslag efter journalgranskning, vilken genomfördes 2018, ska samtliga sektionschefer redovisa teamträffsutvecklingen mellan olika professioner samt på vilket sätt som medarbetarna fått information om skyddsåtgärdsprocessen under perioden november 2018 tom juni 2019.	januari 2020

Bristande arkivhantering

Beskrivning av risk

Risk för bristande arkivhantering pga otydliga rutiner eller brist på följsamhet till rutiner vilket kan leda till försämrade sökbarhet av allmänna handlingar och påverka rättssäkerheten.

Enhet

Myndighet

Riskansvarig

Avdelningschef

Åtgärd	Vad ska göras:	Återrapportering till nämnd/styrelse (tidpunkt):
Informationsinsats om arkivhantering	Hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningens arkivarie kommer att bjudas in till enheternas gemensamma ledningsgrupp för att informera om arkivhantering för att öka kunskapen och följsamheten till befintliga rutiner inom avdelningen.	Januari 2020

Bristande arkivhantering

Beskrivning av risk

Risk för bristande arkivhantering pga otydliga rutiner eller brist på följsamhet till rutiner vilket kan leda till försämrade sökbarhet av allmänna handlingar och påverka rättssäkerheten.

Enhet

Hälsa och förebyggande

Riskansvarig

Avdelningschef

Åtgärd	Vad ska göras:	Återrapportering till nämnd/styrelse (tidpunkt):
Utbildning/informationstillfälle för chefer och administrativ personal avseende arkivhantering	HVOF arkivarie kommer att informera och diskutera arkivhantering under ett inbokat frukostmöte.	maj 2019

Bristande arkivhantering

Beskrivning av risk

Risk för bristande arkivhantering pga. otydliga rutiner eller brist på följsamhet till rutiner vilket kan leda till försämrad sökbarhet av allmänna handlingar och påverka rättssäkerheten.

Enhet

HR

Riskansvarig

Avdelningschef

Åtgärd	Vad ska göras:	Återrapportering till nämnd/styrelse (tidpunkt):
Rutin för arkivhantering	Bemanningsenheten ska ta fram en för HR-avdelningen gemensam rutin för korrekt arkivhantering. Rutinen tas fram i samarbete med förvaltningens arkivarie.	september 2019

Återrapportering av delegationsbeslut till nämnden

Beskrivning av risk

Risk för att delegationsbeslut inte återrapporteras till nämnden pga. brist på rutiner eller bristande följsamhet till rutiner och bristande kunskaper om kraven i kommunallagen.

Enhet

Hälsa och förebyggande

Riskansvarig

Avdelningschef

Åtgärd	Vad ska göras:	Återrapportering till nämnd/styrelse (tidpunkt):
Utbildning/informationstillfälle för chefer och administrativ personal avseende diarieföring	HVOF nämndsekreterare kommer att informera och diskutera hantering och återrapportering av delegationsbeslut under ett inbokat frukostmöte.	maj 2019

Privata medel

Beskrivning av risk

Risk för att rutin för hantering av brukares privata medel inte följs vilket kan leda till att enskilda drabbas negativt, olagligt agerande, minskat förtroende för nämndens verksamhet.

Enhet

Ordinärt boende

Riskansvarig

Avdelningschef

Åtgärd	Vad ska göras:	Återrapportering till nämnd/styrelse (tidpunkt):
Information om rutin för hantering av privata medel	Ansvariga sektionschefer på samtliga sektioner inom avdelningen skall på ett APT eller motsvarande informera och gå igenom rutinen och det tillhörande arbetssättet. Sektionscheferna skall också säkerställa att nyanställda och vikarier får likvärdig information kring rutinen.	maj 2019

Hantering av sekretessmaterial/handlingar

Beskrivning av risk

Risk för att sekretesskyddat material/handlingar inte förvaras enligt gällande riktlinjer pga. till exempel bristande kunskap eller ej godkända arkivskåp, vilket kan leda till att obehöriga får åtkomst till sekretessbelagd information som kan påverka den enskildes rättssäkerhet och integritet.

Enhet

Särskilt boende

Riskansvarig

Avdelningschef

Åtgärd	Vad ska göras:	Återrapportering till nämnd/styrelse (tidpunkt):
Arkivskåp för sekretesshandlingar	Utifrån genomförd inventering under våren 2018, om journaler/liknande handlingar förvaras på ett godkänt sätt utifrån arkivlagstiftningen, ska inköp av godkända arkivskåp genomföras.	januari 2020

Gåvor, mutor och jäv - korruption och bedrägligt beteende

Beskrivning av risk

Risk för olämpligt agerande i kontakter med den enskilde och externa leverantörer pga bristande kunskap eller att rutiner inte följs, vilket kan leda till att enskilda drabbas negativt, olagligt agerande, minskat förtroende och att nämndens verksamhet påverkas negativt.

Enhet

Hälsa och förebyggande

Riskansvarig

Avdelningschef

Åtgärd	Vad ska göras:	Återrapportering till nämnd/styrelse (tidpunkt):
Utbildnings/informationstillfälle avseende gåvor, mutor och jäv	Planerad föreläsning av stadsjurist i ämnet för ledningsgrupp och sektionschefer	januari 2020

Kontroll av avtal

Beskrivning av risk

Risk för att avtal inte sägs upp inom avtalad tidsperiod pga bristande bevakning av aktuella datum, vilket kan leda till ekonomisk förlust.

Enhet

Hälsa och förebyggande

Riskansvarig

Avdelningschef

Åtgärd	Vad ska göras:	Återrapportering till nämnd/styrelse (tidpunkt):
Kontroll av avtal	I samband med att förvaltningens avtalsdatabas är i drift kommer berörda medarbetare ges information om hur bevakning av avtal kommer ske mer strukturerat, i form av att vi tydligare kommer se vilka avtal som finns och när de löper ut.	januari 2020

Hantering av uppgifter för personer med skyddad identitet

Beskrivning av risk

Risk för bristande hantering av personuppgifter för personer med skyddad identitet på grund av rutiner inte finns och/eller bristande följsamhet till befintliga rutiner. Detta kan leda till att personer med skyddad identitet kan lida men.

Enhet

Myndighet

Riskansvarig

Avdelningschef

Åtgärd	Vad ska göras:	Återrapportering till nämnd/styrelse (tidpunkt):
Implementera befintliga rutiner för skyddade personuppgifter	Sektionschef ska tillsammans med sina medarbetare gå igenom framtagna rutiner för hantering av skyddade personuppgifter för medarbetare och brukare på APT.	September 2019

Hantering av personuppgifter enligt dataskyddsförordningen

Beskrivning av risk

Risk för att verksamhetens digitala filer och register på papper inte hanteras enligt "Riktlinjer för behandling av personuppgifter inom Malmö stad", t.ex. att personuppgifter registreras utan tydligt syfte

eller sparas längre än nödvändigt. Detta kan ske på grund av otillräcklig kunskap, vilket kan leda till att enskildas personliga integritet och grundläggande rättigheter inte skyddas.

Enhet

Myndighet

Riskansvarig

Avdelningschef

Åtgärd	Vad ska göras:	Återrapportering till nämnd/styrelse (tidpunkt):
Informationsinsats om hantering av personuppgifter enligt dataskyddsförordningen	Förvaltningens dataskyddsombud ska bjudas in till enheternas gemensamma ledningsgrupp för genomgång och information om hur personuppgifter ska hanteras enligt dataskyddsförordningen.	januari 2020

Hantering av in- och utloggning vid dator

Beskrivning av risk

Risk för att obehöriga får tillträde till olika verksamhetssystem, filer och e-post vid bristande följsamhet till rutiner kring in- och utloggning vid dator.

Enhet

Hälsa och förebyggande

Riskansvarig

Avdelningschef

Åtgärd	Vad ska göras:	Återrapportering till nämnd/styrelse (tidpunkt):
Genomföra datorstödd informationssäkerhetsutbildning för användare (DISA)	Berörda medarbetare ska genomföra MSB:s informationssäkerhetsutbildning på webben. https://www.msb.se/sv/Forebyggande/Informationssakerhet/Stod-inom-informationssakerhet/DISA--utbildning-informationssakerhet/	januari 2020

Bristande dokumentation vid direktupphandling

Beskrivning av risk

Risk för bristfällig dokumentation vid direktupphandling på grund av att gällande rutiner inte följs. Detta kan leda till att underlag och beslut kring direktupphandlingen inte kan återsökas.

Enhet

Ekonomi

Riskansvarig

Avdelningschef

Åtgärd	Vad ska göras:	Återrapportering till nämnd/styrelse (tidpunkt):
Riktlinjer för direktupphandling	Riktlinjer för direktupphandling kommer att arbetas fram under året för att också beslutas av nämnden	September

Granskningar

Nämndens granskningar

Basal hygien

Beskrivning av risk

Risk för smitta pga att rutiner inte följs, vilket kan leda till stor påverkan för enskildas säkerhet och arbetsmiljön.

Enhet

Ordinärt boende

Riskansvarig

Avdelningschef

Granskning
Punktprevalensmätning av medarbetares följsamhet till hygienrutiner och klädregler
Områden och tillhörande rutiner som ska granskas: Granskning av både omvårdnadspersonal och legitimerade medarbetares följsamhet till hygienrutiner och klädregler enligt SKLs metod för punktprevalensmätning.
Syfte med granskningen: Syftet är att granska följsamheten till hygienrutiner och klädregler för att kunna identifiera brister, åtgärda dessa och därigenom förhindra smittöverföring inom vård- och omsorgsverksamheten.
Omfattning/avgränsning: Omfattning på granskningen beslutas inom avdelningen tillsammans med de professioner som ska sammanställa underlaget, dock i enighet med SKLs ramverk.
Granskningsmetod: Granskningen tillämpar SKLs definierade nationella granskningsmetod, punktprevalensmätning, som görs under vecka 12-13 i hela Sverige i både kommuner och landsting.
Rapportering av resultat till: Avdelningschef ordinärt boende
Återrapportering till nämnd/styrelse (tidpunkt): september 2019

Basal hygien

Beskrivning av risk

Risk för smitta pga att rutiner inte följs, vilket kan leda till stor påverkan för enskildas säkerhet och arbetsmiljön.

Enhet

Särskilt boende

Riskansvarig

Avdelningschef

Granskning
PPM punktprevalensmätning avseende basal hygien
Områden och tillhörande rutiner som ska granskas: Granskning av följsamhet tillhörande Socialstyrelsens föreskrift basal hygien i vård och omsorg (SOSFS 2015:10).
Syfte med granskningen: Säkra efterlevnaden av rutiner för basal hygien.

Granskning
<p>Omfattning/avgränsning: Inom varje särskilt boende ska 10 medarbetare, totalt 420, observeras under nationellt fastställd tidpunkt utifrån SKLs punktprevalensmätning. Mätningarna är observationsstudier som genomförs under en bestämd tidpunkt på medarbetare avseende följsamheten till åtta grundläggande hygiensteg och klädregler.</p>
<p>Granskningsmetod: Granskningen kommer att ske utifrån fastställda granskningsmanualer.</p>
<p>Rapportering av resultat till: Avdelningschef säbo</p>
<p>Återrapportering till nämnd/styrelse (tidpunkt): januari 2020</p>

Genomförandeplan SoL

Beskrivning av risk

Risk för att genomförandeplan inte upprättas för alla brukare enligt rutin/att det inte finns mätbara mål i planen/att dokumentationen är otillräcklig pga. bristande kunskap eller att rutiner inte följs, vilket kan leda till sämre måluppfyllelse och att insatserna inte går att utvärdera/enskilda får inte hjälp utifrån behov eller önskemål.

Enhet

Ordinärt boende

Riskansvarig

Avdelningschef

Granskning
<p>Kvalitativ granskning av genomförandeplaner inom korttiden.</p>
<p>Områden och tillhörande rutiner som ska granskas: Granskning av kvaliteten av genomförandeplaner utifrån socialtjänstlagen och gällande föreskrifter.</p>
<p>Syfte med granskningen: Syftet är att säkra följsamhet till befintlig lagstiftning och att säkra kvalitén i brukarens genomförandeplan. Identifiera gemensamma utvecklingsområden inom verksamheten inför fortsatt utvecklingsarbete</p>
<p>Omfattning/avgränsning: Granskningen utförs som stickprovskontroll på sektioner i enheten korttid. Granskningen avser enbart brukare på korttid som vistats där minst 14 dagar. Totalt bör minst 30 genomförandeplaner granskas som fördelas över korttidsboenden.</p> <p>Justering kommer att ske med hänsyn till representativ fördelning avseende kön. Granskning kommer att ske utifrån fastställda granskningsmanualer.</p>
<p>Granskningsmetod: Stickprov och granskning enligt fastställd mall.</p>
<p>Rapportering av resultat till: Avdelningschef ordbo</p>
<p>Återrapportering till nämnd/styrelse (tidpunkt): januari 2020</p>

Uteblivna uppföljningar av ordinerade hälso- och sjukvårdsåtgärder

Beskrivning av risk

Risk för att uppföljningar av legitimerad personal ordinerade hälso- och sjukvårdsåtgärder inte dokumenteras i patientjournal, vilket kan leda till vårdskada.

Enhet

Ordinärt boende

Riskansvarig

Avdelningschef

Granskning
Granskning av dokumentation avseende uppföljning av HSL-insatser enligt mall för kollegial granskning.
Områden och tillhörande rutiner som ska granskas: Granskningen avser att inom ramen för kollegial granskning av HSL-dokumentation granska uppföljning av ordinerade HSL-insatser enligt mall.
Syfte med granskningen: Granskningens syfte är att utifrån dels ett patientsäkerhetsperspektiv se journalens kvalitet samt att förebygga att HSL-insatser inte utförs eller inte utförs korrekt. Samt att identifiera gemensamma utvecklingsområden gällande dokumentationen för vidare utvecklingsarbete inom avdelningen.
Omfattning/avgränsning: Granskningens omfattning bestäms tillsammans med berörda sektionschefer inom HSL-enheterna (inklusive korttiden) men skall minst beröra hälften av sektionerna inom vardera enhet..
Granskningsmetod: Professionsindelade grupper inom HSL-sektionerna genomför granskning och dialog enligt fastställd mall med instruktioner.
Rapportering av resultat till: Avdelningschef för ordinärt boende
Återrapportering till nämnd/styrelse (tidpunkt): Januari 2020

Uteblivna uppföljningar av ordinerade hälso- och sjukvårdsåtgärder.

Beskrivning av risk

Risk för att uppföljningar av legitimerad personal ordinerade hälso- och sjukvårdsåtgärder inte dokumenteras i patientjournal, vilket kan leda till vårdskada.

Enhet

Strategisk utveckling

Riskansvarig

Avdelningschef

Granskning
Uppföljning av hälso- och sjukvårdsordinationer
Områden och tillhörande rutiner som ska granskas: Granska om där finns planerad och utförd uppföljning kopplad till aktiva hälso- och sjukvårdsordinationer.
Syfte med granskningen: Syftet är att förebygga vårdskador och att uppföljningar av ordinationer görs i enlighet med Patientsäkerhetslagen.
Omfattning/avgränsning: Aktiva hälso- och sjukvårdsordinationer under perioden 1/1-28/2. Ordinärt boende: 50 ordinationer per legitimerad yrkesgrupp. Särskilt boende: 50 ordinationer per legitimerad yrkesgrupp. Korttidsenhet: 50 ordinationer per legitimerad yrkesgrupp.

Granskning
Granskningsmetod: Journalgranskning i ProCapita.

Referenstagning vid rekrytering

Beskrivning av risk

Risk för felrekryteringar på grund av bristande referenstagning vilket kan leda till att vi inte rekryterar medarbetare som har bäst förutsättningar att klara uppdrag och uppnå mål.

Enhet

HR

Riskansvarig

Avdelningschef

Granskning
Referenstagning vid rekrytering
Områden och tillhörande rutiner som ska granskas: Referenstagning vid rekrytering.
Syfte med granskningen: Att säkra att referenser tas före beslut om anställning.
Omfattning/avgränsning: Alla rekryteringar som annonserats för månadsanställning och som genomförts under perioden 1 januari tom 31 mars.
Granskningsmetod: Granskas genom en enkät ställd till de rekryterande cheferna.
Rapportering av resultat till: HR-chef
Återrapportering till nämnd/styrelse (tidpunkt): maj 2019

Kommungemensamma granskningar

Nedanstående granskningar är beslutade av kommunstyrelsen att genomföras av alla nämnder och i vissa fall bolagen inom Malmö stad.

Granskningarna är framtagna efter riskanalys som genomförts av en arbetsgrupp ledd av stadskontoret. Gruppen består av olika kompetenser inom till exempel kommunikation, ekonomi, human relations (HR), juridik med flera.

Nämnden kan inte besluta om genomförandet av dessa granskningar. Här lämnas istället information om vad som ska granskas som en del i den sammantagna planen för intern kontrollarbetet under 2019 i den verksamhet som nämnden ansvarar för.

Löneskuld

Beskrivning av risk

Risk för att löneskuld uppstår på grund av okunskap och bristande följsamhet av anställning- och lön processen vid registrering av semester, vård av barn, sjukfrånvaro och annan frånvaro vilket kan leda till att felaktig lön utbetalas och att extra kostnader uppstår.

Enhet

Hälsa-, vård- och omsorgsnämnden

Granskning
Löneskulder
Områden och tillhörande rutiner som ska granskas: Granskningen av löneskulder handlar om att få kunskap om när och varför löneskulder uppstår i förhållande till rutiner och riktlinjer i den gemensamma processen för Anställning och lön.
Syfte med granskningen: Syftet med granskningen är att bidra med kunskap om när och varför löneskulder uppstår i förhållande till rutiner och riktlinjer i den gemensamma processen för Anställning och lön, kunskap som kan ge underlag för förbättringar och därmed bidra till att minimera risken för löneskulder.
Omfattning/avgränsning: Granskningen gäller samtliga nämnder, men inte bolagen. Ett urval av löneskulder kommer att göras och stadskontoret kommer genom detaljerad anvisning beskriva hur granskningen ska gå till.
Granskningsmetod: Stadskontoret tar fram konkreta anvisningar kring metod och dokumentation för respektive granskning.
Rapportering av resultat till: HR-chef
Återrapportering till nämnd/styrelse (tidpunkt): Januari 2020

Bristande serviceskyldighet

Beskrivning av risk

Risk för att kommunen inte klarar att leva upp till serviceskyldigheten i förvaltningslagen på grund av felaktig hantering av sociala medier, vilket kan leda till att medborgare inte får den service de förväntar sig och har rätt till, sekretessbelagd information röjs eller medborgare blir kränkta etc.

Enhet

Hälsa-, vård- och omsorgsnämnden

Granskning
Användande av sociala medier
Områden och tillhörande rutiner som ska granskas: Granskning huruvida frågor och kommentarer besvaras inom 24 timmar.
Syfte med granskningen: Syftet med granskningen är att undersöka om Malmö stad hanterar sociala medier på ett ansvarsfullt sätt i enlighet med Malmö stads riktlinjer och i enlighet med tillämplig lagstiftning.
Omfattning/avgränsning: Granskningen omfattar samtliga konton på Facebook, Twitter och Instagram.
Granskningsmetod: Granskningen innebär att kontroll ska göras huruvida frågor och kommentarer besvaras inom 24 timmar. För att kontrollera huruvida fråga besvaras inom 24 timmar väljer förvaltningen, d.v.s. granskaren, ut enkla frågor som rör verksamheten och ställer dessa i förvaltningens konton i sociala medier. Granskningen ska ske enligt de särskilda instruktioner som tagits fram av stadskontoret.
Rapportering av resultat till: Kommunikationschef och berörda avdelningschefer
Återrapportering till nämnd/styrelse (tidpunkt): januari 2020

Bristande avtalshantering

Beskrivning av risk

Risk för att Malmö stad sluter felaktiga eller bristfälliga avtal och bryter mot gällande rätt på grund av bristande styrning och okunskap vilket kan leda till förtroendeskada och ekonomiska konsekvenser såväl direkt (dåliga villkor) som indirekt (upphandlingsskadeavgift/ skadestånd).

Enhet

Hälsa-, vård- och omsorgsnämnden

Granskning
Avtalshantering
Områden och tillhörande rutiner som ska granskas: Avtalshantering
Syfte med granskningen: Syftet med granskningen är att synliggöra eventuella brister och få underlag för åtgärder som förbättrar Malmö stads förmåga att göra goda affärer.
Omfattning/avgränsning: Granskningen omfattar avtalspliktiga avtal.
Granskningsmetod: Granskningen kommer att göras i form av en självskattning där respektive nämnd och styrelse får bedöma och motivera den egna utvecklingsnivån på en tregradig skala utifrån mellan tre och fem påståenden. Anvisningar med påståenden kommer att tas fram av stadskontoret senast vid årsskiftet 2016/2017.
Rapportering av resultat till: Ekonomichef
Återrapportering till nämnd/styrelse (tidpunkt): Januari 2020